

Castrillo, Belén

Yo no puedo parir en casa porque tengo piso de tierra. Desigualdades sociales en la atención médica de embarazos y partos, y en las demandas políticas por el parto respetado

V Seminario Internacional Desigualdad y Movilidad Social en América Latina

31 de mayo y 1º y 2 de junio de 2017

Castrillo, B. (2017). Yo no puedo parir en casa porque tengo piso de tierra. Desigualdades sociales en la atención médica de embarazos y partos, y en las demandas políticas por el parto respetado. V Seminario Internacional Desigualdad y Movilidad Social en América Latina, 31 de mayo y 1º y 2 de junio de 2017, Ensenada, Argentina. EN: [Actas]. Ensenada : FAHCE-UNLP. En Memoria Académica. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.9934/ev.9934.pdf

Información adicional en www.memoria.fahce.unlp.edu.ar



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons
Atribución 4.0 Internacional
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

“Yo no puedo parir en casa porque tengo piso de tierra. Desigualdades sociales en la atención médica de embarazos y partos, y en las demandas políticas por el parto respetado”.

Lic. Belén Castrillo (CIMECS–FaHCE–IdIHCS–UNLP/CONICET) belen.castrillo@hotmail.com

RESUMEN

Los modos de nacer y parir -y atender los procesos de embarazo y parto- están atravesados por diversas variables de desigualdad social (género, edad, clase social, pertenencia cultural, nivel educativo, territorio, etc). El objetivo de la presente ponencia es comenzar a nominar cuáles y cómo emergieron en el trabajo de campo que realizo, en el marco de una investigación doctoral en curso. Para ello se organizó el trabajo en cuatro partes, que pueden pensarse como círculos concéntricos desde el exterior hasta el interior, o, en otras palabras, de menor a mayor especificidad y recorte en el análisis. En la primera parte, desarrollaremos una breve recuperación de categorías y perspectivas de los estudios de la desigualdad social que catalizaron las reflexiones. A continuación, se repasa el modo en que se han estudiado las desigualdades sociales en el proceso salud-enfermedad-atención. En la tercera parte y con mayor nivel de especificidad, nos centramos en algunas reflexiones sobre la multidimensionalidad de las desigualdades sociales que atraviesan la atención médica de embarazos y partos (en especial, disquisiciones en torno a las desigualdades en el acceso-uso de los servicios y en la atención recibida). Finalmente, llegaremos a lo que en el título de la ponencia aparece como central: las desigualdades sociales en la lucha política por el parto respetado.

PALABRAS CLAVES: desigualdades sociales; atención médica; embarazos y partos.

INTRODUCCIÓN

Aprovechando la invitación del seminario a pensar las diversas dimensiones de la desigualdad que atraviesan nuestros problemas de investigación, y a partir de los primeros emergentes del trabajo de campo, esta ponencia es un primer ejercicio de incorporar dicha perspectiva a los lentes desde los que miro la atención médica de embarazos y partos. Estas reflexiones se enmarcan en el desarrollo de la investigación doctoral en curso cuyo objetivo es describir, analizar y problematizar las experiencias y los sentidos y prácticas asociados a las intervenciones

médicas en los procesos de embarazo y parto, recuperando la perspectiva de mujeres-madres, varones-padres y profesionales de la salud de la ciudad de La Plata, para conocer de qué modos se producen, legitiman, cuestionan y resisten los modos medicalizados de parir/nacer en la actualidad. En el desarrollo del trabajo de campo y primeros análisis, encontramos que la problemática debe incorporar las discusiones sobre la desigualdad, ya que tanto el acceso a prácticas médicas y debates sobre parto respecto pueden ser analizadas también desde esta clave. En tanto primer acercamiento a los estudios de desigualdad, el objetivo es presentar aportes, preguntas y cuestionamientos, señalar primeras reflexiones, y darle mayor solidez a un análisis que viene ocupando un rol secundario, pero presente, en la investigación doctoral que llevo a cabo. Para ello se organizó el trabajo en cuatro partes, que pueden pensarse como círculos concéntricos desde el exterior hasta el interior, o, en otras palabras, de menor a mayor especificidad y recorte en el análisis. En la primera parte, se desarrolla una breve recuperación de categorías y perspectivas de los estudios de la desigualdad social que catalizaron las reflexiones. A continuación se repasa el modo en que se han estudiado las desigualdades sociales en el proceso salud-enfermedad-atención. En la tercera parte y con mayor nivel de especificidad, nos centramos en algunas reflexiones sobre la multidimensionalidad de las desigualdades sociales que atraviesan la atención médica de embarazos y partos (en especial, disquisiciones en torno a las desigualdades en el acceso-uso de los servicios y en la atención recibida). Finalmente, llegaremos a presentar reflexiones sobre las desigualdades sociales en la lucha política por el parto respetado.

I. DESIGUALDADES SOCIALES: CÓMO ENFOCAMOS.

En un primer acercamiento a la literatura que aborda este tipo de estudios, se destacan ciertos consensos teórico-metodológicos alrededor de cómo abordar su pregunta de investigación. Se trata de aproximaciones que ponen el acento en el carácter procesual, estructural, constructivista, relacional, integral e interrelacionado de las desigualdades (Reygadas, 2008; Anzorena y Yañez, 2013; Kunst y Houweling, s/f; Jelin, 2014)¹. Creemos que es posible vincular dichos consensos, con el llamado de atención de Germani (1962, en Jelin, 2014) respecto de la necesidad de analizar los vínculos de aspectos económicos, sociales, políticos y culturales para explicar la

¹ Invitamos a las lecturas de las definiciones que da Reygadas (2008) de los caracteres procesual (p. 52-53), estructural (p. 17-18), constructivista (p. 52) y relacional (p.10).

desigualdad, y, principalmente, con la invitación de Kessler (2014) a tener una mirada compleja y multidimensional de las desigualdades.

Esta perspectiva multinivel y multidimensional es desde la que nos paramos para estudiar las desigualdades sociales que atraviesan los procesos de salud-enfermedad-atención y, en particular, a los modos de atender embarazos y partos.

“La desigualdad es multidimensional porque “afecta al conjunto de la experiencia social (...); las diferencias económicas entre las personas se encuentran estrechamente vinculadas con la clase social, el género, la etnia y otras formas de clasificación social (...); es resultado de procesos de muy diversa índole. La desigualdad es, en última instancia, una cuestión de poder. Está inextricablemente vinculada con las asimetrías en la distribución de recursos y capacidades y con las relaciones de poder que se establecen sobre la base de esas asimetrías” (Reygadas, 2008, p. 33-34)

“La desigualdad también es multidimensional porque se reproduce en diversos planos: en el nivel microsocial, como diferencias de capacidades y recursos entre los individuos; en el nivel mesosocial, en tanto pautas asimétricas de relaciones en distintas instituciones y campos de interacción y, por último, en el nivel macrosocial, mediante la configuración de estructuras inequitativas en agregados sociales amplios” (Reygadas, 2008, p. 36).

Kessler (2014) hace la llamada y Reygadas (2008) nos aporta claves analíticas para poder aplicar esta mirada multidimensional, recuperando esos planos micro, meso y macro. En su conceptualización, éste los denomina como niveles individual, relacional/simbólico y estructural. El individual se refiere a las distintas capacidades de los agentes (agencia, resiliencia y resistencia). El relacional o simbólico, por su parte, se manifiesta en las interacciones asimétricas dentro de instituciones y campos sociales, esto es, se trata de un nivel que agrega las relaciones de poder y los marcos institucionales y culturales y observa la (re)producción de las desigualdades en ellas². Y, finalmente, el estructural, que apunta hacia la cristalización de las desigualdades en los Estados nacionales, y más claramente, a “las redes estructurales de la

² “La desigualdad no puede comprenderse al margen de las relaciones de poder que operan en diferentes niveles y dimensiones de la vida social. De acuerdo con esta perspectiva relacional, la distribución de los bienes ocurre en el marco de configuraciones estructurales y de interacciones entre diversos agentes, en las que se disputan la apropiación de esos bienes” (Reygadas, 2008, p. 10).

desigualdad” (Reygadas, 2008, p. 91). Estas redes suponen el interjuego de la capacidad de los sujetos (nivel individual), la dinámica de interacción (nivel relacional) y las dimensiones estructurales.

Sumado a esta interrelación conceptual de los tres niveles, un análisis sociológico de la desigualdad debería incluir el vínculo entre las dimensiones objetivas y subjetivas, esto es, de la experiencia de los sujetos sobre la propia desigualdad (Kessler y Tizziani, 2014).

II. DESIGUALDADES SOCIALES EN EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD-ATENCIÓN

“Concibo en la especie humana dos clases de **desigualdad**: una, que yo llamo **natural o física**, porque se haya establecida por la naturaleza, y que consiste en la diferencia de las edades, de la **salud**, de las fuerzas del cuerpo, y de las cualidades del espíritu, o del alma; otra, que se puede llamar desigualdad moral, o **política**, porque depende de una especie de convención, y se halla establecida, o al menos autorizada, por el consentimiento de los hombres. Consiste ésta en los diferentes privilegios que unos gozan en perjuicio de otros, como el de ser más ricos, más respetados, más poderosos que ellos, o incluso el de hacerse obedecer”³.

En su trabajo, Reygadas nos da pistas para enfocar aun más nuestro lente y dirigirnos al estudio de las desigualdades sociales en el proceso salud-enfermedad-atención, al citar la definición de la desigualdad humana que da Rousseau hacia mediados del siglo XVIII. En ella, aun la salud estaba pensada en términos de “lo establecido por la naturaleza”. Hoy, y tras los trabajos de los sociólogos y antropólogos especializados en salud –Laurell (1982, 1986), Menéndez (2009) y Castro (2014), como mis referentes teóricos de la Medicina Social Latinoamericana-, ya no sería factible hablar de una desigualdad natural ligada a la salud, sino una eminentemente política, social, económica.

En tal sentido, organizamos este segundo apartado sobre las desigualdades en el campo mayor de la salud-enfermedad, en dos momentos: uno, ligado a sentar algunas claves conceptuales sobre el

³ Rousseau, J., *Discurso sobre el origen y los fundamentos de la desigualdad entre los hombres* (1991 [1754]: 205-206), en Reygadas (2008, p. 17). El resaltado es propio.

estudio de los determinantes sociales, desigualdad e inequidad en salud; y otro, siguiendo la conceptualización de Ballesteros, sobre lo específico del acceso y el uso de los servicios de salud –lo que nos va a permitir tender puentes hacia el tercer foco: qué sucede en la atención de embarazos y partos.

II. a) Determinantes sociales de la salud

“El concepto de desigualdad en salud alude a las diferencias sistemáticas potencialmente remediables en uno o más aspectos de la salud en grupos de población definidos social, económica o territorialmente (...) La Organización Panamericana de la Salud postula que mientras que desigualdad implica diferencia entre individuos o grupos de población, inequidad representa la calificación de esta diferencia como injusta (...) La desigualdad es la manifestación mensurable de la injusticia social, a menudo expresada por las diferencias en el riesgo de enfermar y morir. Estos riesgos se originan a su vez en las condiciones heterogéneas de la existencia en el acceso a bienes y servicios” (López, Findling & Abramzón, 2006, p. 63)⁴.

Este apartado presenta las principales dimensiones del estudio de la desigualdad en salud, sin pretender ser exhaustivo ni reduccionista. Podría decirse, simplifícadamente, que la idea es mostrar *cómo se abrió el juego* post-Rousseau, en relación a pensar el proceso salud-enfermedad-atención atravesado por diversos determinantes sociales que producen desigualdades.

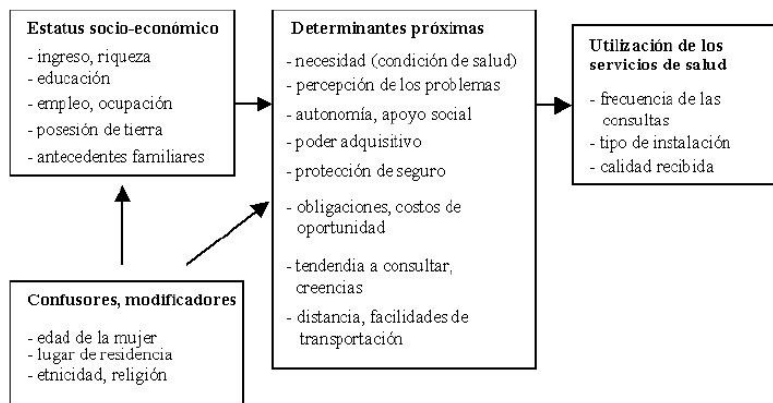
Sanchez Padrón (2011) menciona algunos factores determinantes de la salud y los clasifica en materiales (incluyendo por ejemplo el nivel de ingresos, la educación, la ocupación, el medio ambiente y la accesibilidad a los servicios de salud) y psicosociales (etapas y estilos de vida, conductas, autopercepción de la salud, etc). Sugiere, además, que para ser analizados estos “factores de origen social, que explican las diferencias en el estado de salud de las personas y en sus expectativas de vida” (p.139) se agrupen en cinco dimensiones de estudio:

⁴ “Barbosa Da Silva y Berti Azevedo Barros distinguen entre desigualdades naturales y sociales: las primeras son consecuencia de las diferencias entre individuos (sexo, raza y edad), mientras que las sociales se originan en las distintas posiciones que pueden ocupar los individuos en la estructura social, en la organización social del proceso de producción y en las relaciones intergeneracionales, lo cual determina un acceso diferente a los bienes de escasa disponibilidad. Las desigualdades naturales se convierten en sociales cuando son utilizadas por una sociedad como criterio para la asignación de roles sociales” (López, Findling & Abramzón, 2006, p. 63).

- La primera referente al ámbito “material”, es decir, el ingreso personal o familiar, la exposición a riesgos de salud, la accesibilidad de los servicios sanitarios o las condiciones sanitarias del lugar de residencia.
- La segunda dimensión, aglutina a distintos factores relativos a los diferentes “estilos de vida”, o sea, patrones culturales o conductuales que pueden determinar las condiciones de salud de distintos grupos de población, entre estos, los hábitos de consumo de tabaco o alcohol, las costumbres nutricionales, tradiciones respecto a la vacunación y la realización de exámenes preventivos o los distintos niveles de actividad física.
- La tercera dimensión, se relaciona con las diferencias psicosociales: el estrés social, la privación relativa y los demás daños psicosociales provocados al pertenecer a estructuras sociales desiguales.
- El cuarto grupo de factores se relaciona con las etapas de la vida, o sea, los distintos acontecimientos que ocurren desde el nacimiento y que tienen algún efecto en el estado de salud, como la educación, la clase social y las condiciones sanitarias durante la infancia.
- La quinta y última dimensión, aglutina a los factores relacionados con las políticas públicas, que pueden influir en el mejoramiento de la calidad de vida o la provisión de servicios sanitarios” (Santos Padrón, 2011, p. 139).

Por otro lado, en un estudio global sobre los usos de los servicios de atención materna (y las diferencias entre países ricos y pobres), Kunst y Houweling (s/f) ensayan una categorización complementaria sobre los determinantes sociales de la desigualdad en salud, en relación a su relación próxima o contextual (Figura 1).

Figura 1: Red de determinantes de la utilización de servicios de salud



Fuente: Kunst & Houweling, s/f, p. 10.

Más allá de las posibles categorizaciones -cuyo desarrollo y problematización no es objetivo de esta ponencia-, el propósito es reproducir lo que los estudios sobre salud y sociedad han establecido como consensos inexcusables:

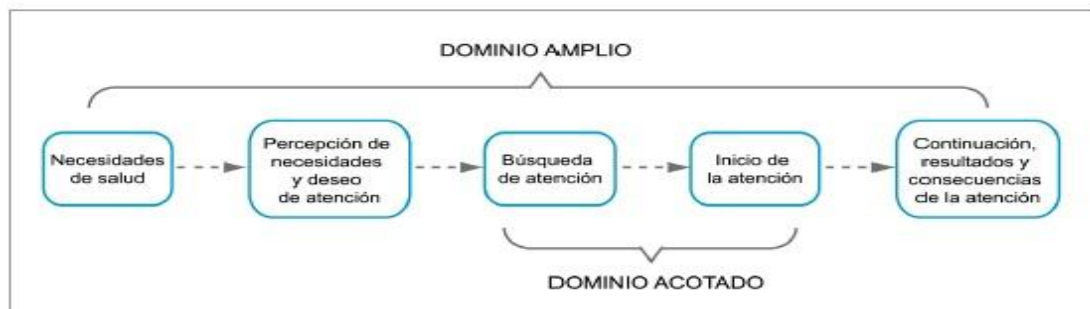
“La determinación social de las diferencias en la salud, la enfermedad y la respuesta ante ella (la atención/ cuidado) de los distintos grupos sociales se encuentran en las desiguales condiciones de existencia, así como en los distintos significados otorgados a diversos aspectos de la vida, que se transforman en prácticas y creencias que pueden afectar positiva o negativamente la salud (ALAMES, 2008; Breihl, 2009)” (Ballesteros, 2014, p. 11).

II. b) Acceso y patrones de uso

Tomando como supuesto básico que “el acceso y los patrones de utilización de los servicios de salud son una de las formas en que se expresa la desigualdad social” (Ballesteros, 2014, p. 11), nos proponemos ahora presentar algunas pistas conceptuales para su conceptualización.

Siguiendo a Ballesteros, al analizar el acceso a la salud podemos pensarlo en sentido acotado o amplio (Figura 2), siendo que mientras el primero se centra sólo en la búsqueda y logro de la atención, el segundo –más completo- incluye otras variables.

Figura 2: “Alcances del concepto acceso a los servicios de salud”



Fuente: Frank (1985, p. 440) en Ballesteros (2014, p. 16).

Además de esta distinción entre dominios del acceso, el autor sostiene que es necesario distinguirlo de la accesibilidad, y aunque en su recorrido bibliográfico registra una polisemia del término, elige la argumentación de Frenk quien plantea que la accesibilidad “es una función de la relación entre los obstáculos en la búsqueda y obtención de atención, generados por la organización de los servicios de salud (*obstáculos*) y las *capacidades* o *recursos* de la población para superar esos obstáculos, en el contexto de los recursos disponibles en una zona” (Ballesteros, 2014, p. 17)⁵.

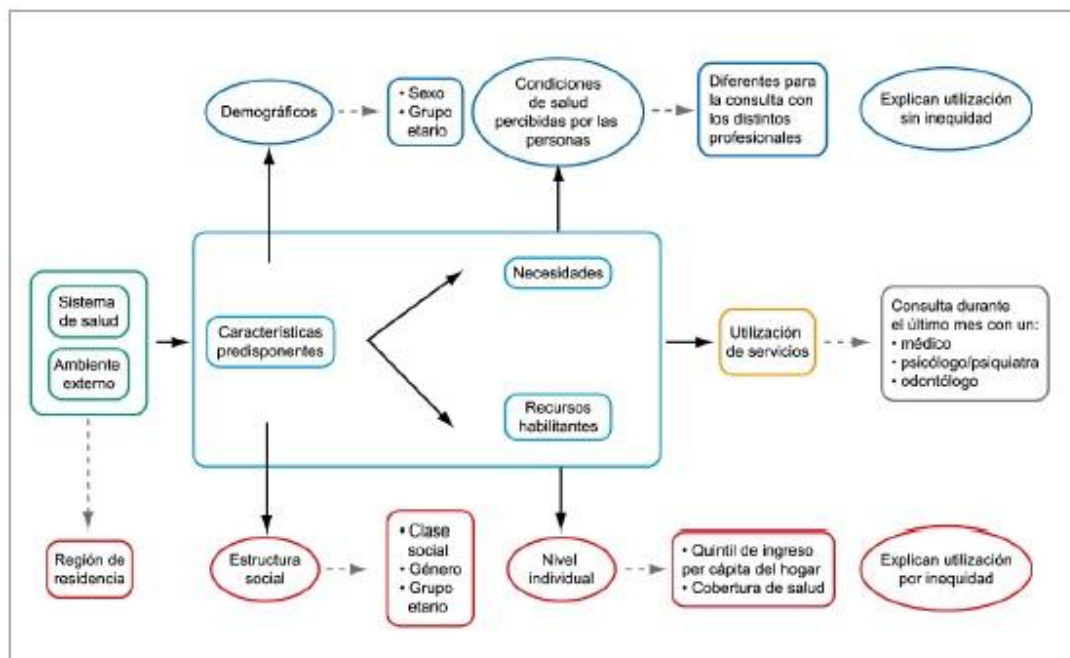
Ahora bien la propuesta de Ballesteros es vincular el análisis del acceso al de los patrones de uso, para lo cual plantea un modelo analítico (Figura 3). Aunque la exposición que haremos aquí de dicha propuesta será escueta y poco representativa de su aporte, mencionaremos brevemente cuáles son los factores que utiliza como dimensiones explicativas.

Sobre los factores propios del sistema de salud que condicionan el acceso y los patrones de uso, el autor menciona la distancia, la existencia de recursos, las formas de financiamiento, los tipos de cobertura en salud, los tiempos de espera y viaje, y los horarios de los turnos, entre otros.

Asimismo, tal como figuran en el cuadro, son explicativos: las necesidades de salud (en relación a la morbilidad y la autopercepción de la salud), los factores contextuales-predisponentes (demográficos como la edad y el sexo, estructurales y creencias); y los factores capacitantes, tanto a nivel individual (en relación a la cobertura, ingreso y tiempo) como a nivel colectivo (en tanto disponibilidad de servicios).

⁵ El autor profundiza el análisis de la accesibilidad en torno a dimensiones ecológica, financiera y organizacional de las capacidades y recursos (2014, p. 18).

Figura 3: Modelo de acceso y uso de los servicios de salud propuesto por Ballesteros



Fuente: Elaboración de Ballesteros en base a Andersen (1995) en Ballesteros (2014, p. 43).

Sumado a estos elementos, será fundamental a la hora de analizar las desigualdades sociales para el proceso salud-enfermedad-atención, dar cuenta de los contextos político-económico-sanitarios, tal como sugiere el autor⁶:

En el caso de Argentina, el acceso a los servicios de salud asume características particulares, ya que cuenta con un sistema de salud fuertemente segmentado, fragmentado, heterogéneo y con desigual calidad en la atención, lo que genera que el tipo de cobertura, el acceso y la calidad de los servicios de salud que se utilizan dependa de las características culturales, económicas y

⁶ Sobre las desigualdades en salud para Argentina en los últimos años, recomendamos la lectura de Kessler (2014), en la que expone su tesis de que en el ámbito de la salud se dan tendencias contrapuestas: por un lado mejoraron ciertos indicadores vitales y aumentó la cobertura en salud, pero, por el otro, perduran enfermedades de países en desarrollo y “se detectan desigualdades importantes, y para algunos hasta crecientes, en la atención de la salud” (Kessler, 2014, p. 146).

sociodemográficas de la población, así como de factores territoriales (Belmartino, 2005; Maceira 2009; Centrángolo *et al.*, 2011” (Ballesteros, 2014, p. 11).

III. MULTIPLES DESIGUALDADES QUE ATRAVIESAN LA ATENCIÓN MEDICA DE LOS PROCESOS DE EMBARAZO Y PARTO

En este tercer apartado, nos proponemos analizar las desigualdades sociales que atraviesan la atención médica de los procesos de embarazo y parto (PEP) a partir de dos ejes: a) desde la desigualdad visible en el acceso-uso de los servicios de salud, y b) la que podemos descifrar en las concepciones médicas que moldean la atención que se brinda. El estudio de las desigualdades sociales que atraviesan el proceso salud-enfermedad-atención, presenta diversas particulares en el caso de los PEP, en tanto se trata de un proceso no-patológico, de salud y no enfermedad -aunque patologizado-, por lo que principalmente vemos las incidencias de las desigualdades en el acceso-uso y la atención en relación a concepciones médicas. Todo esto desde un marco conceptual de género y salud⁷, y considerando como posibilidad de análisis las diferencias en los ámbitos de atención -público, privado y domicilio- que nos permiten dar ejemplos de la multidimensionalidad de la desigualdad que vemos, como emergentes claves de nuestro trabajo de campo.

III. a) Los dos ejes de estudio

Para analizar las desigualdades en el **acceso-uso de los servicios de salud “materna”**⁸, además de lo planteado en el apartado anterior, se vuelve relevante destacar algunas características propias del sistema sanitario, que re-producen un sistema desigual en el acceso y uso. Estos se refieren, por ejemplo, al tiempo de viaje -distancia con el efector de salud- y de espera que las usuarias deben invertir, la zona de residencia de las usuarias, el nivel de ingresos, las experiencias previas y la transmisión de la atención, entre otros.

Respecto al acceso y uso de servicios de atención de los PEP en nuestro caso de estudio, contamos con estadísticas del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, sobre los

⁷ Sobre la perspectiva que se nuclea en la intersección género-salud para el análisis de diversos fenómenos ver Castrillo (2016) y Vals Llobet (2000, 2006, 2008, 2014).

⁸ Recomendamos la lectura de Kunst & Houweling (s/f) en la que se pormenorizan algunos aspectos del uso de servicios de atención al parto en distintas partes del mundo con conclusiones generales bastante interesantes.

controles prenatales (número de consultas y edad gestacional al momento de la primera entrevista médica) y el acceso a ciertas prácticas como la cesárea (Figura 4 y 5), para usuarias que parieron en las cuatro maternidades públicas de la ciudad de La Plata en 2014.

Figura 4: Realización de controles prenatales y de cesáreas, para casos de embarazos-partos atendidos en Maternidades Públicas de La Plata en 2014.

Hospital Gutierrez - La Plata				Hospital San Martín - La Plata				Hospital Gonnet - La Plata				Hospital A. Korn - La Plata			
Dimensión: ACCESIBILIDAD				Dimensión: ACCESIBILIDAD				Dimensión: ACCESIBILIDAD				Dimensión: ACCESIBILIDAD			
Control prenatal	TOTAL DE CASOS	% SOBRE TOTAL DE CASOS	% SOBRE CASOS VALIDOS	Control prenatal	TOTAL DE CASOS	% SOBRE TOTAL DE CASOS	% SOBRE CASOS VALIDOS	Control prenatal	TOTAL DE CASOS	% SOBRE TOTAL DE CASOS	% SOBRE CASOS VALIDOS	Control prenatal	TOTAL DE CASOS	% SOBRE TOTAL DE CASOS	% SOBRE CASOS VALIDOS
NO	41	4,3	4,5	NO	140	4,1	4,4	NO	36	2,2	2,4	NO	67	3,7	3,9
SI	879	92,5	95,5	SI	3062	89,3	95,6	SI	1456	90,4	97,6	SI	1656	90,4	96,1
sin dato	30	3,2		sin dato	226	6,6		sin dato	118	7,3		sin dato	108	5,9	
			N casos válidos: 950				N casos válidos: 3428				N casos válidos: 1610				N casos válidos: 1831
Dimensión: USO DE SERVICIOS				Dimensión: USO DE SERVICIOS				Dimensión: USO DE SERVICIOS				Dimensión: USO DE SERVICIOS			
Cesáreas	TOTAL DE CASOS	% SOBRE TOTAL DE CASOS	% SOBRE CASOS VALIDOS	Cesáreas	TOTAL DE CASOS	% SOBRE TOTAL DE CASOS	% SOBRE CASOS VALIDOS	Cesáreas	TOTAL DE CASOS	% SOBRE TOTAL DE CASOS	% SOBRE CASOS VALIDOS	Cesáreas	TOTAL DE CASOS	% SOBRE TOTAL DE CASOS	% SOBRE CASOS VALIDOS
NO	222	23,4	23,4	NO	1182	34,5	34,7	NO	369	22,9	23,1	NO	384	21	21
SI	728	76,6	76,6	SI	2224	64,9	65,3	SI	1229	76,3	76,9	SI	1447	79	79
sin dato	0	0		sin dato	22	0,6		sin dato	12	0,7		sin dato	0	0	
			N casos válidos: 950				N casos válidos: 3406				N casos válidos: 1598				N casos válidos: 1831

Fuente: SIP, PBA, 2014

Figura 5: Cantidad de controles prenatales realizados y edad gestacional al momento de la primera consulta, para casos de embarazos-partos atendidos en Maternidades Públicas de La Plata en 2014

Hospital Gutierrez - La Plata				Hospital San Martín - La Plata				Hospital Gonnet - La Plata				Hospital A. Korn - La Plata			
Consultas prenatales				Consultas prenatales				Consultas prenatales				Consultas prenatales			
NÚMERO DE CONSULTA	TOTAL DE CASOS	% SOBRE TOTAL DE CASOS	% SOBRE CASOS VALIDOS	NÚMERO DE CONSULTAS	TOTAL DE CASOS	% SOBRE TOTAL DE CASOS	% SOBRE CASOS VALIDOS	NÚMERO DE CONSULTAS	TOTAL DE CASOS	% SOBRE TOTAL DE CASOS	% SOBRE CASOS VALIDOS	NÚMERO DE CONSULTAS	TOTAL DE CASOS	% SOBRE TOTAL DE CASOS	% SOBRE CASOS VALIDOS
0	41	4,3	4,5	0	140	4,1	4,4	0	36	2,2	2,4	0	67	3,7	3,9
1	21	2,2	2,3	1	36	1,1	1,1	1	37	2,3	2,5	1	38	2,1	2,2
2 a 4	210	22,1	22,8	2 a 4	652	19	20,4	2 a 4	233	14,5	15,6	2 a 4	342	18,7	19,8
5 a 9	569	59,9	61,8	5 a 9	2017	58,8	63	5 a 9	926	57,5	62,1	5 a 9	1081	59	62,7
10 o MAS	79	8,3	8,6	10 o MAS	357	10,4	11,1	10 o MAS	260	16,1	17,4	10 o MAS	195	10,6	11,3
sin dato	30	3,2		sin dato	226	6,6		sin dato	118	7,3		sin dato	108	5,9	
		N casos 950	N casos validos 320			N casos 3426	validos 3202			N casos 1610	validos 1432			N casos 1831	validos 1723
E.G. A LA PRIMERA CONSULTA	TOTAL DE CASOS	% SOBRE TOTAL DE CASOS	% SOBRE CASOS VALIDOS	E.G. A LA PRIMERA CONSULTA	TOTAL DE CASOS	% SOBRE TOTAL DE CASOS	% SOBRE CASOS VALIDOS	E.G. A LA PRIMERA CONSULTA	TOTAL DE CASOS	% SOBRE TOTAL DE CASOS	% SOBRE CASOS VALIDOS	E.G. A LA PRIMERA CONSULTA	TOTAL DE CASOS	% SOBRE TOTAL DE CASOS	% SOBRE CASOS VALIDOS
<= 13	376	41,4	45,1	<= 13	778	23,7	32,7	<= 13	658	44,5	45,9	<= 13	652	36,5	39,9
14 a 27	373	41	44,7	14 a 27	1047	31,9	44	14 a 27	611	41,4	42,7	14 a 27	738	44,7	48,8
28 o MAS	85	9,4	10,2	28 o MAS	557	17	23,4	28 o MAS	183	11	11,4	28 o MAS	185	10,4	11,3
sin dato	75	8,3		sin dato	899	27,4		sin dato	45	3		sin dato	152	8,5	
		N casos 909	N casos validos 834			N casos 3281	validos 2382			N casos 1477	validos 1432			N casos 1787	validos 1635

Fuente SIP, PBA, 2014

Los datos nos sirven para vincular los dos ejes con los que queremos analizar ciertas desigualdades o diferencias en la atención de los PEPS: mientras que en la atención sanitaria pública predomina la concepción de que las mujeres “no se controlan” o “llegan sin controles”⁹ y eso moldea un trato médico-paciente diferencial, ciertamente autoritario y tutelar, sucede lo contrario en las clínicas privadas (existe cierto sentido común médico que supone que las mujeres que cuentan con obras sociales o prepagas cumplieron todos los controles). Los datos nos muestran que, en promedio, más del 95% de las mujeres que se atienden en el servicio público realizaron consultas prenatales, que la mayoría realizó incluso más de lo estipulado para embarazos de bajo riesgo (5 en todo el periodo gestacional) y que en general se controlaron antes del segundo trimestre. ¿No explica esto que el acceso y el uso diferencial de los servicios de atención materna pueda estar explicado por concepciones médicas amparadas en prejuicios, que reproducen diversas variables de desigualdad como la clase, la etnia, el nivel educativo, el número de hijos, etc?

Retomando los interrogantes planteados, podemos adentrarnos en el vínculo entre la **atención médica y las conceptualizaciones** de los profesionales. Para ello, partimos de explicitar que: “la procreación, la reproducción, la fecundidad y la maternidad no son sólo fenómenos biológicos, sino también hechos simbólicos donde el sentido es producido y reproducido en el seno de un contexto sociocultural y económico dado” (Bravo, 2003, p.147). Como los PEP son hechos socioculturales y no sólo biológicos se producen diferencias en las significaciones, modos de concebirlo, atenderlo y asistirlo, etc. Las concepciones médicas sobre las mujeres, sus formas de transitar los embarazos y los partos, sus conductas, creencias y sentimientos, se vinculan a lo que Friedson (1978) pensó como empresa moral de la medicina. Estas diversas concepciones médicas que (re)producen desigualdades, a su vez pueden implicar consecuencias iatrogénicas, es decir, efectos en la salud de las usuarias y sus hijxs.

Las desigualdades en la atención, entonces, se vinculan al acceso, a los usos (cultural, social y económicamente mediados), a las desiguales condiciones y posibilidades de vida de las usuarias,

⁹ En una entrevista que realizamos en nuestro trabajo de campo, la jefa del servicio de tocoginecología de una de estas maternidades, afirmaba que las mujeres no se atendían en el embarazo “no porque no tengan acceso al control sino porque no quieren, porque no quieren, porque no les importa”.

y, también de las concepciones que los distintos tipos de instituciones sanitarias –o no, en el caso de los partos domiciliario- construyen en torno a las usuarias, de los PEP, de su trabajo, su competencia y demás.

III.b) Desigualdades multidimensionales, las desigualdades que vemos en la atención médica de PEP

El ejercicio central que me propuse fue el de analizar cuáles son las desigualdades que atraviesan las experiencias de atención médica de PEP y que emergieron en los primeros pasos de mi trabajo de campo. En tal sentido identifiqué tres factores de desigualdad claves: en primer lugar el *género*, como explicativo de la subordinación en la relación médico-paciente y anclado en diferenciales de poder mayores vinculados a la feminización del cuidado, el destino obligado de la maternidad y la domesticidad, la división sexual del trabajo, la doble jornada laboral y tantas otras cuestiones ampliamente estudiadas¹⁰. En segundo lugar, la *clase social* (entendida como nivel socioeconómico) que puede explicar el acceso y la sub o sobreutilización de los servicios de salud materna (Kunst & Houweling, s/f), el vínculo con la maternidad y la paridad (en términos de oportunidades laborales y valores culturales), la mayor o menor medicalización de las usuarias y sus PEP (Cano-Serral et al., 2006) y, principalmente, el ámbito de atención (salita-hospital, clínica-sanatorio o domicilio), que, en nuestra conceptualización, (des)habilita y (re)produce diversos factores de desigualdad. Finalmente, y en tercer lugar, un factor de desigualdad clave son las diferenciales de *poder* médico-paciente, que además se complejizan al incorporar las dimensiones de género¹¹ y clase.

Creemos que esta triada género-clase-poder es fundamental para analizar cómo diversas desigualdades sociales atraviesan la atención médica de PEP, y que un modo de enfocar la lente para ver mejor, es centrarnos en el ámbito de asistencia. No queremos sostener que es lineal ni unilateral ni ser reduccionistas, pero podríamos afirmar que la mayoría de las mujeres que paren en maternidades públicas pertenecen a clases más desfavorecidas, en general no cuentan con obra social (por no tener empleo o ser trabajadoras en negro), tienen tasas de paridad más altas y son

¹⁰ Sobre la necesidad de la perspectiva de género para analizar la atención médica de los PEP, realicé un trabajo de revisión bibliográfica disponible en Castrillo (2014). En lo específico del análisis de la desigualdad en salud por género, ver Bravo (2003) y Vals Llobet (2000, 2006, 2008, 2014).

¹¹ Sobre las relaciones de poder en torno a la atención médica de PEP, es interesante destacar que las mujeres no sólo están subordinadas al personal de salud en tanto “pacientes”, sino que una vez púerperas, están subordinadas al recién nacido en tanto la importancia en el binomio madre-hijo corresponde a éste último.

madres a edades más tempranas. Por otro lado, los nacimientos que se dan en el sistema privado de salud en general se dan en mujeres que cuentan con obras sociales o prepagas, vinculadas éstas a trabajos más estables o en blanco y, por ende, a niveles educativos más altos, por lo que en su mayoría las tasas de paridad son menores y a edad más tardías, en vínculo a las posibilidades de carrera profesional. Finalmente, el parto domiciliario se vincula en general a trayectorias particulares de mujeres con experiencias previas negativas de partos institucionalizados, y el acceso a recursos simbólicos, culturales y sociales diferenciales; en suma a que el valor económico del mismo –por no ser reconocido o reintegrado por las obras sociales o prepagas ni ser parte de la asistencia pública sanitaria- corresponde a dos salarios básicos¹².

En suma, creemos que la tríada de factores de desigualdad –género/clase/poder- y la tríada de ámbitos de atención -público/privado/domicilio-, pueden comenzar a explicar las desigualdades que atraviesan la atención médica de partos: en un esquema simplificado creemos que el nivel educativo puede explicar la situación laboral y ésta a su vez el acceso o no a una obra social, que explica, finalmente, el espacio en que se desarrolla y asiste el PEP. Para nombrar algunas, según sea en público, privado o domicilio, se verifican desigualdades en la infraestructura, la tecnología médica disponible, los tiempos que se le dan al desarrollo¹³ y a la atención de los PEP, la hotelería, la adecuación a las leyes y regulaciones protocolares de atención al parto¹⁴, y la asistencia personalizada y el trato hacia las mujeres, entre muchos otros.

Sumadas a esta tríada, las múltiples dimensiones de la desigualdad que atraviesan a la atención médica de PEP pueden ser: *a) geográficas*: Rebollo & Montero (2000) analizan las diferencias entre lo rural, urbano y urbano-marginal; *b) etarias*: la edad de la madre, además de poder producir algunos efectos de salud en el recién nacido, genera diversas conceptualizaciones

¹² No podemos establecer la pertenencia de clase de las mujeres que paren en casa porque hemos tenido conocimiento de mujeres de diversos estratos que incluso realizan rifas, colectas o consiguen formas financiadas de pago. Tal vez las diferenciales simbólicas y culturales nos permitan hablar de determinados intereses y escalafones educativos que les permiten cuestionar la hegemonía médica y proponerse partos distintos. Igualmente, el control del embarazo sí suele realizarse en instituciones sanitarias, en muchos casos privadas, por la tenencia de cobertura.

¹³ Por ejemplo, mientras que en las maternidades públicas “se espera” el desencadenamiento del trabajo de parto hasta la semana 41 de gestación, en las clínicas privadas suelen inducirse entre la semana 38 y la 40. En los partos domiciliarios, hay un estricto respeto por los tiempos fisiológicos del proceso de parto –como discurso, claro está, existen excepciones.

¹⁴ El trabajo de campo que desarrollamos desde 2013 ha venido ratificando la idea de que como las maternidades públicas reciben mayores supervisiones de los ministerios de salud, acogen de manera más estricta las leyes y protocolos. Nos referimos, por ejemplo, a la ley de parto humanizado, que en instituciones privadas de la ciudad no se garantizaba, como pequeñas zonas francas de ilegalidad médica.

médicas que influyen, como ya mencionamos, en la atención dispensada; *c) sobre la tasa de paridad* (aquí se vislumbran concepciones médicas vinculadas también a la edad y a la posibilidad, por ejemplo, de realizarse ligaduras tubarias, que encienden la empresa moral médica); *d) legales* (ser menores o residentes sin papeles o incluso presidiarias, desencadenan desigualdades en el acceso y la atención de PEP); *e) educativas* (por ejemplo, como los profesionales muchas veces piensan que las mujeres no saben, no les explican, reproduciendo y reforzando la supuesta ignorancia sobre el propio estado de salud e invisibilizando los saberes femeninos y populares); *f) laborales* (que, como mencionamos, puede incidir en el ámbito de ocurrencia del parto); *g) familiares, de pareja y de vivienda*; *h) culturales*¹⁵ (en términos raciales, étnicos o de nacionalidades, en las instituciones de salud se actualizan muchos prejuicios que permean en la atención dispensada), entre otras que invitamos a seguir sumando.

Retomando la invitación de Reygadas (2008) a realizar análisis de casos históricos y no ver a priori efectos de desigualdad, desarrollaremos en esta última parte algunos **ejemplos** –a modo de brainstorming- de experiencias que muestran ciertas desigualdades en la atención médica de PEP. Hay ciertos sentidos comunes y prejuicios que se actualizan frente a lo que, intencionalmente, aquí llamaremos mujeres sin cobertura social, con cobertura social y otras, y que moldean los servicios que reciben y que demandan.

Las **mujeres sin cobertura social** (en la mayoría de los casos, pobres) parece que “se embarazan para cobrar el Plan”, idea que invisibiliza las responsabilidades sociales del Estado, que niega que muchas mujeres con prepaga u obra social también lo cobran y, que al mismo tiempo, esencializa la maternidad a ciertas mujeres, negando la posibilidad de poder decidir sobre el propio cuerpo y que la opción de la maternidad deseada no es solo privilegio de las mujeres con cobertura. De hecho, este tipo de compensaciones (Asignación por Embarazo para Protección social, Plan Sumar, Plan Nacer¹⁶) parten del supuesto de que hay que darle un incentivo económico a ciertas mujeres gestantes de clase baja, para que se controlen-cuiden. Por lo que se verifica que estos

¹⁵ Para un mayor análisis de las desigualdades culturales ver Santos Padrón (2011), Bravo (2003) y do Carmo Leal, da Gama & da Cunha (2005).

¹⁶ Sobre los programas citados, ver Anzorena & Yañez (2013).

sentidos comunes no sólo se internalizan en el ámbito médico sino que también permean las decisiones políticas y se instalan en diversos discursos mediáticos.

Sumado a esta compensación de la desigualdad económica estructural que atraviesa las experiencias de estas mujeres, en mi trabajo de campo vislumbré la importancia del Plan Qunita – suspendido por el actual gobierno- destinado a las titulares de la asignación por embarazo, que tenía el objetivo de “garantizar el acceso equitativo a los insumos y recursos necesarios para el cuidado y crianza de niños y niñas”¹⁷ a través de la entrega de un kit. Este plan compensador de una desigualdad económica tenía cierta funcionalidad y utilidad –si la alegoría positivista se me permite- que se descuidó por cuestiones ideológicas¹⁸.

Otros de los asuntos que consideramos que se da en estas mujeres pobres que se atienden en el sistema público y no en los otros casos, tiene que ver con la higiene: por un lado, cierto prejuicio del personal de salud de que las mujeres son sucias y, por el otro, la responsabilización por los elementos de higiene para la atención, por la falta de insumos (las puertas de los consultorios en la maternidad pública cuentan con un cartel que reza “Sras. Madres: recuerden que es necesario traer toallas o rollo de papel para la atención. Gracias”). A esto se suma, el preconceito clave – emergente en conversaciones informales y entrevistas- que sostiene que estas mujeres son irresponsables/ignorantes/cómodas/descuidadas (“no hacen los CPN porque no quieren”, aunque algunas si lo hagan, ya está instalada esa concepción que moldea, predispone y determina la relación médico-paciente) y tienen familiares problemáticas (en otros trabajos- Castrillo 2016 b- hemos analizado cómo el derecho al acompañamiento y la relación del personal de salud con los acompañantes en las instituciones, se ve dificultada por este prejuicio –basado muchas veces por experiencias previas o ajenas).

Las desigualdades que afectan a las *mujeres con cobertura de salud*, por otro lado, pueden pensarse como privilegios de acceso en relación a su nivel socioeconómico medio y alto. Nos referimos, por ejemplo, a los “lujos”¹⁹ de la hotelería sanitaria que les brindan las clínicas

¹⁷ <http://www.telam.com.ar/notas/201507/113030-cristina-plan-qunita-salud-madres.html>

¹⁸ En la maternidad pública más grande de la ciudad, donde participé del “curso de parto” hace algunos meses, una futura abuela vino a pedir ropa para su nieto que iba a nacer y no disponían de nada. Fue a través de una colecta que yo misma organicé que pudimos armar un roperito en el aula del curso y poner a disposición de las mujeres, el acceso a prendas de recién nacido y pañales.

¹⁹ Entre comillas porque se puede hablar de lujo en relación a la muy deteriorada calidad edilicia de las instituciones públicas y a su organización espacial casi no modificada.

privadas, que les permiten contar con habitaciones privadas, lo que garantiza el acceso a un derecho humano, sexual y reproductivo fundamental como es el de la intimidad, y que tiene importantes consecuencias positivas en el desarrollo del trabajo de parto, en el período dilatante. Junto con esto, pueden decidir quién las acompaña, ya que en las instituciones públicas si bien se está permitiendo el ingreso, se trata de compañías femeninas- Asimismo, tienen garantizada, en la mayoría de los casos, la elección de los profesionales y el ámbito de atención de su PEP, con las consecuencias positivas para la relación médico-paciente que ello implica.

Y sin embargo, la medicalización y mercantilización que atraviesa sus PEP suele ser mayor por el acceso a recursos, insumos, análisis y ecografías de “último modelo”, y la vinculación de cierta calidad de atención a lo quirúrgico, aséptico y sin dolor (con el ejemplo extremo de la cesárea programada con cirugía estética de abdomen incluida).

Por otro lado las “*mujeres otras*”, las inmigrantes, las de otra etnia o las “hippies-locas del parto en casa” –que trabajaremos en la conclusión-, nos permiten analizar algunas de las múltiples dimensiones de la desigualdad.

En primer lugar, existe una regulación sanitaria que, a nuestro entender, funciona como lo que Reygadas denomina una compensación que genera más desigualdad. Nos referimos a la idea de “enfoque intercultural” del modelo Maternidad Segura y Centrada a la familia, que basándose en la esencialización de una cultura criolla y una cultura extranjera (Castrillo, 2016b), afirma respetar y garantizar los modos, costumbres y posiciones de parto de las inmigrantes (pensando en las mujeres de países limítrofes con ascendencia indígena), negándoles tal posibilidad a las “criollas”. Respecto a esto, también es importante mencionar que estas mujeres inmigrantes fueron perjudicadas por la reactualización y legitimación de cierta xenofobia -que creemos renueva fuerza a partir de los cambios políticos del último tiempo, que se suceden tanto en Latinoamérica como en los países centrales-, negándoles atención en provincias del norte²⁰.

Por último, creemos que hay muchas *otros múltiples factores de desigualdad* que se vislumbran, por ejemplo, en la imposición urbana de la lactancia y crianza conjunta, siendo que hay una desigualdad de clase que no ve la necesidad o deseo de mujeres de volver al trabajo o de decidir sobre su propio cuerpo más allá de la maternidad.

²⁰ http://www.diarioregistrado.com/sociedad-/una-obstetra-maltrato-y-le-nego-atencion-a-una-mujer-por-creer-que-era-boliviana_a5892065ffc34787c07f5cd97

Al mismo tiempo, hay una desigual participación efectiva de los varones en sus paternidades, que se reproduce más allá de la clase social, se ve dificultada o impedida en casos concretos: la posibilidad de participar en cursos de parto, presenciar el nacimiento o quedarse a dormir luego del parto con la mujer-madre y el recién nacido. En este sentido, muchas veces los cursos de parto gratuitos están hechos a horarios que no les permiten acceder -como tampoco a mujeres gestantes que trabajan-, siendo de mañana los días de semana. Al mismo tiempo y respecto a presenciar el parto, suele garantizarse más en las instituciones públicas que en las privadas, aunque ocurre lo contrario en el pernocte.

IV. CONCLUSIONES: SOBRE EL RECLAMO POLITICO POR EL PARTO RESPETADO

Ahora bien, para concluir, nos preguntamos con Reygadas (2008, p. 18-19), “¿cuáles son las estrategias para cuestionar las disparidades de prestigio?”. La principal, en nuestro contexto, se relaciona a la exaltación del derecho a decidir cómo, dónde y con quién parir. Derecho que, tal como reza el título de nuestra ponencia, se encuentra invariablemente atravesado por múltiples dimensiones de la desigualdad social. La pregunta central es qué lucha nos habilita nuestra posición social, qué horizonte de posibilidad, qué búsquedas podemos emprender.

¿Cómo voy a parir en casa si no tengo piso, si vivo hacinada, si tengo miedo, si no tengo información, si tengo cosas más importantes de las que ocuparme (como llegar a fin de mes)? Ese *textual* de una chica en la primera edición de un taller sobre violencia obstétrica y parto en el XXIX Encuentro Nacional de Mujeres²¹, desenmascara y pone sobre la mesa las desigualdades que atraviesan nuestros modos de transitar los embarazos y los partos, los derechos que creemos que tenemos, las posibilidades de exigirlos. Y, aún más, visibiliza la identificación que se ha construido entre “parto respetado” y “parto en casa”, dando por descontada la posibilidad de acceder a nacimientos humanizados en instituciones sanitarias, tanto públicas como privadas. Retomando el análisis macro-meso-micro de Reygadas, podríamos decir entonces que al nivel individual, el de la agencia y las capacidades de los sujetos, encontramos luchas por el parto respetado en algunas organizaciones de mujeres, como “válvulas de escape” frente a ciertas

²¹ Será interesante en el futuro analizar por qué discutir sobre los modos de parir recién se incorporó en la edición número 29 del encuentro, y no se visibilizó anteriormente como una demanda clave para el movimiento feminista.

determinaciones de factores de desigualdad. En el nivel relacional o simbólico, se pueden incluir las relaciones médico-paciente y todas las interacciones (incluidas las intervenciones clínicas) que se dan en la atención médica de PEP en los distintos ámbitos con sus especificidades²².

Finalmente, algunas de las cuestiones que podemos ver desde el nivel estructural de la desigualdad, se identifican a través de los siete elementos analíticos que propone el autor y que creemos que son fácilmente diferenciales en los tres ámbitos de atención: a) infraestructura; b) el capital; c) redes de conocimiento; d) escala; e) innovación (inclusión de las prácticas de parto respetado); f) calidad (de la atención); y g) otros factores, como son densidad y calidad institucional, imagen, mecanismos extralegales, medios de destrucción, medios de transmisión. Para futuros trabajos nos propondremos profundizar la explicitación de lo que nos habilita la propuesta analítica de Reygadas, enfatizar en la dimensión subjetiva de las desigualdades²³, y, como objetivo mayor, aplicar el modelo de Ballesteros al estudio de nuestro objeto de estudio, siendo que en esta presentación pudimos dar algunas claves de los factores propios del sistema de salud que provocan desiguales patrones de uso y acceso, pero las potencialidades del modelo son mucho más prósperas.

A partir de los núcleos conceptuales de los estudios sobre los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad-atención, el objetivo se centró dar cuenta de cómo la atención “respetuosa” y “humanizada” de embarazos y partos encierra desigualdades en torno a las clases sociales, visibles, por ejemplo, en el ámbito de atención y cómo estas desigualdades, a su vez, implican la revisión de las estrategias políticas y culturales de los sectores sociales que abogan por nuevos modos de nacer y parir. Comenzamos a delinear un aporte conceptual en torno a dos tríadas que podrían ser explicativas de la desigualdad: género-clase-poder y público-privado-domicilio.

La presente ponencia buscó –comenzar a- visibilizar las desigualdades ocultas (Roses, 2003) para con su nominación poder encontrar las herramientas políticas para eliminarlas, menguarlas o compensarlas, y poder pensar en la conquista de partos respetados institucionales. Díez & Peirò

²² En este nivel, Reygadas incluye el análisis de los límites y fronteras simbólicas entre los grupos y las categorías con las que representan el mundo. En el caso de la atención médica de PEP –y pensando en futuros trabajos- son relevantes los pares dicotómicos normal/patológico, médico/paciente, saber experto/saber femenino, etc.

²³ En palabras de Kessler y Tizziani (2014): “un enfoque que no pierda de vista los contextos específicos y cambiantes en los que las desigualdades son experimentadas, los diferentes aspectos que las constituyen (en determinados contextos los individuos puede legitimar algunas inequidades y cuestionar otras), así como los sentidos diversos que se le atribuyen” (p. 9).

(2004) sostienen que las intervenciones para disminuir las desigualdades en salud se tienen que apoyar en políticas macroeconómicas, mejoras de las condiciones de trabajo, reducción de la “distribución desigual de factores de riesgo”, e “intervenciones en y desde el sistema sanitario, siendo la principal el mantenimiento de un sistema de atención sanitaria universal, financiado mediante impuestos, atento a la accesibilidad geográfica, económica y cultural, y decidido a actuar de forma intersectorial” (Díez & Peirò, 2004, p. 159).

El aporte desde las ciencias sociales y, particularmente desde esta ponencia, es la realización de una epidemiología sociocultural (Menéndez, 2009) de las desigualdades que atraviesan la atención médica de embarazos y partos, para poder pensar las posibilidades de un parto respetado real.

BIBLIOGRAFIA

- Anzorena, C., & Yañez, S. (2013). ¿Qué cuenta como ‘salud materna’? Notas sobre los programas y los servicios de salud pública para mujeres en situación de embarazo, parto-aborto y puerperio. *Ponencia para el panel “Sexualidad y Reproducción derechos humanos, calidad, acceso y financiación”, en el marco de la 2º Consulta Regional “Los vínculos entre la Justicia Económica, Ecológica y de Género en América Latina”. DAWN. Montevideo, del, 16.*
- Arreola, H., Soto, H., & Garduño, J. (2003) Las determinantes de la no demanda de atención a la salud en México. *Caleidoscopio en Salud* [sitio en Internet]. 2003 [citado 18 Mar 2010].
- Ballesteros, M. (2014). Un análisis sobre las desigualdades en el acceso a los servicios de salud en Argentina a partir de datos secundarios (Documentos de Jóvenes Investigadores N° 41). *Buenos Aires: Ilgg, uBA.*
- Bravo, A. (2003). Desigualdades en la salud reproductiva de las mujeres inmigrantes en Madrid. *Migraciones. Publicación del Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones*, (13), 137-183.
- Cano-Serral, G., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C., del Mar Pérez, M., & Salvador, J. (2006). Desigualdades socioeconómicas relacionadas con el cuidado y el control del embarazo. *Gaceta Sanitaria*, 20(1), 25-30.

- Castrillo, B. (2014) “*La perspectiva de género en el estudio de la intervención médica en el parto*”. I Congreso de Investigación Cualitativa en Ciencias Sociales / I Post Congreso ICQI, International Institute of Qualitative Inquiry, University of Illinois. Universidad Siglo 21, Córdoba, Argentina. 2 y 3 de octubre de 2014..
- Castrillo, B. (2016a) “*Análisis de la atención médica de embarazos y partos: aportes conceptuales*”. II Jornadas de Género y Diversidad Sexual de la Facultad de Trabajo Social de la UNLP. La Plata, octubre de 2016.
- Castrillo, B. (2016b) “*De partos y derechos en el camino hacia la humanización*”. Trabajo presentado en las VIII Jornadas de Investigación en Antropología Social Santiago Wallace; Buenos Aires, 27 al 29 de julio de 2016; Facultad de Filosofía y Letras – Universidad de Buenos Aires. ISSN 1850-1834
- Castro, R. (2011). Teoría social y salud. En *Salud Colectiva*. Lugar.
- Checa, S. (1996). Uso y gestión de los servicios de salud pública en la atención del embarazo y regulación de la fecundidad. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 15(1), 12-16.
- Díez, E., & Peirò, R. (2004). Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud. *Gaceta Sanitaria*, 18(4), 158-167.
- do Carmo Leal, M., da Gama, S. G. N., & da Cunha, C. B. (2005). Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistênciaaopré-natal e ao parto, 1999-2001. *Revista de saude publica*, 39(1), 100-107.
- Friedson, E. (1978) La profesión médica. Edit. Península, Barcelona.
- Grimson, A. (2014). El sentido común de la discriminación. *Revista Ensamble*, (1).
- Jelin, E. (2014). Desigualdades de clase, género y etnicidad/raza: realidades históricas, aproximaciones analíticas. *Revista Ensamble*, (1).
- Kessler, G. (2014). *Controversias sobre la desigualdad: Argentina, 2003-2013*. Fondo de Cultura Económica.
- Kessler, G., & Tizziani, A. (2014). Repensando las desigualdades sociales en América Latina. *Revista Ensamble*, (1).
- Kunst, A. E., & Houweling, T. (s/f) Panorama global de las diferencias entre pobres y ricos en la utilización de la atención al parto.

- Laurell, A. C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Revista latinoamericana de Salud*, 2(1), 7-25.
- Laurell, A. C. (1986). El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. *Cuadernos Médico Sociales*, 37, 3-18.
- López, E., Findling, L., & Abramzón, M. (2006). Desigualdades en salud: ¿Es diferente la percepción de morbilidad de varones y mujeres?. *Salud colectiva*, 2(1), 61-74.
- Menéndez, E. (2009) De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Edit. Lugar, Argentina
- Rebollo, A. G., & Montero, C. M. (2000). Variables perinatales y desigualdades en salud en un área sanitaria de Cáceres. *Gaceta Sanitaria*, 14(1), 31-38.
- Reygadas, L. (2008). *La apropiación: destejendo las redes de la desigualdad*.
- Anthropos. Introducción y Cap.1 “La apropiación-expropiación: un enfoque procesual de la desigualdad”.
- Rohlf, I., Borrell, C., & Fonseca, M. D. C. (2000). Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *GacSanit*, 60-71.
- Roses, M. (2003). Desigualdades ocultas. *Ética y gobernabilidad*, 4(4).
- Santos Padrón, H. (2011). Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación. *Revista Cubana de salud pública*, 37(2), 0-0.
- Valls Llobet, C. (2000). Desigualdades de género en salud pública. AAVV: *Género y salud*.
- Valls Llobet, C. (2006). *Mujeres invisibles* (Vol. 162). Random House Mondadori.
- Valls Llobet, C. (2014). *Mujeres, salud y poder*. Ediciones Cátedra.
- Valls Llobet, C. , Banqué, M., Fuentes, M., & Solsona, J. O. (2008). Morbilidad diferencial entre mujeres y hombres. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*, 39(1), 9-22.